

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

380

Année 1889

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 26 Juillet 1889, à 1 heure

PAR

Joanne MENEULT

Né à Demigny (Saône-et-Loire), le 26 mars 1861

Ancien Interne de l'hôpital des Enfants de Berck-sur-mer

Médaille de bronze de l'assistance publique.

DU PSEUDO-RACHITIS SYPHILITIQUE

OU

MANIFESTATIONS OSSEUSES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE
SIMULANT LE RACHITISME

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : { MM.
BOUILLY, professeur
BRISSAUD, BUDIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHT.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	PINARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ STRAUSS
	{ G. SEE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RICHT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY
et PAJOT..

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques	ROBIN Albert.
BOUILLY.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
es dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
eurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni

A LA MÉMOIRE DE

MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

En témoignage de gratitude et d'affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

M. LE DOCTEUR CAZIN

Médecin en chef de l'hôpital de Berck sur-mer

M. LE DOCTEUR HANOT

Professeur agrégé. Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur agrégé. Chirurgien de l'Hotel-Dieu

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Chirurgien de la Pitié

M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

Professeur agrégé. Médecin de la Pitié

M. LE DOCTEUR BUDIN

Professeur agrégé. Accoucheur à la Charité

MM. LES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL
DES HOPITAUX

ESQUISSE HISTORIQUE ET DOCTRINALE

Au début de la Renaissance la syphilis frappe si durement qu'on la croit nouvelle venue. Les bons ennemis d'alors s'en attribuent généreusement le privilège : Mal français au delà des Alpes, mal napolitain en deça. Elle y gagne les premières ébauches de son histoire (Torella, 1498). Paracelse (1529) et d'autres avec lui, ne tardent pas à affirmer que les individus ne sont pas seuls exposés : les descendants peuvent venir au monde avec la vérole, elle est transmissible aux enfants par conception. L'idée, il est vrai, ne fit pas son chemin facilement puisque bien longtemps après, Hunter ne l'acceptait pas. Elle était juste. Contractée directement ou reçue en héritage, la maladie a singulièrement étendue ses limites. Les anthropologistes l'ont exhumée : la station de Solutré, les dolmens de la Lozère avec leurs silex et leurs ossements ont livré des secrets ainsi que les crânes péruviens d'America ; pour avoir manqué de syphiliographes à l'origine, la vérole n'en est pas moins jugée rétrospectivement vieille comme l'humanité. Et son domaine s'élargit toujours. Elle est peut-être transmissible à deux générations, des grands parents aux petits-enfants (M. Robert Hutchinson, Atkinson). Peut-être lui arrive-t-il de sauter une génération comme fait le cancer (Laschewitz) ; peut-

être le cancer n'est-il qu'un accident ataxique de la syphilis héréditaire, un reliquat de syphilis ancestrale (Esmairek)(1). Jusqu'alors et quelle que soit l'autorité des hommes de qui elles émanent, ces hypothèses sont au moins prématurées.

Néanmoins il fut un moment où grâce au talent, aux labeurs d'un maître français, cette syphilis faillit s'enrichir définitivement du rachitisme tout entier. La conquête fut éphémère et toujours contestée d'ailleurs. C'était de l'anticipation.

Les protestations sont venues nombreuses dans l'ordre étiologique, telle la petite série de simples mais solides observations vosgiennes du Dr Girard (2); dans l'ordre clinique, tel le fait si probant de Gailliard (3), ceux de Girardeau (4); dans l'ordre anatomo-pathologique, les constatations récentes de Cazin et Iscovesco.

Parrot avait dit : résumant sa doctrine en propositions :

1° Le rachitis a pour origine sans exception, la syphilis héréditaire.

On acquiert cette opinion par l'étude de l'évolution chronologique des altérations osseuses produites par la syphilis héréditaire ;

1. 18^e congrès de la Soc. allemande de chirurgie. Séance du 24 avril 1889.

2. *Revue de la Suisse romande*, 15 juillet 1883.

3. Rachitisme et syphilis, in *France médicale*, 7 janvier 1886.

4. *France médicale*, id.

- 1^e période : chondro-calcose
ostéophytes durs
- 2^e période : transformation gélatiniforme
ostéophytes demi-durs
- 3^e période : tissu spongoïde
ostéophytes mous.

Cette 3^e modalité est identique à l'affection appelée *rachitis*. Elle coïncide, dans l'immense majorité des cas avec l'une des marques de la syphilis héréditaire à nous connues. Donc le rachitis est syphilitique dans l'immense majorité des cas (98/100).

Dans les cas exceptionnels, la syphilis peut seule expliquer la lésion.

Toutes les autres causes indiquées sont insuffisantes et contradictoires.

2^o Le rachitis, dernière manifestation de la syphilis héréditaire, n'est pas de la syphilis. Il constitue un exemple de transformisme pathologique.

3^o Les rachitiques peuvent contracter la syphilis.

4^o Sur des jeunes animaux on peut produire expérimentalement la lamellisation et la médullisation de la diaphyse ; mais il n'y a jamais le tissu spongoïde et les ostéophytes qui sont la caractéristique du rachitis. (1)

A pareilles opinions si catégoriquement exprimées, on répondit :

Le tissu spongoïde, commun, il est vrai, à la syphilis et au rachitisme n'est cependant pas pathognomonique,

1. Parrot, 14^e leçon, in *syphilis et rachitis* publié par le D^r Troisier, pages 111-12.

il peut se rencontrer dans plusieurs autres états morbides, dans la tuberculose osseuse par exemple (1); comment conclure alors de l'identité de lésions à l'identité de cause ?

Si le rachitisme s'observe chez des sujets nés de parents manifestement syphilitiques, eux-mêmes atteints de lésions spécifiques, c'est comme conséquence indirecte; l'éclosion du rachitisme dépend de l'influence dyscrasique exercée par la syphilis sur l'organisme, le trait d'union entre les deux est l'athrepsie. D'ailleurs 80/100 des enfants atteints de rachitisme sont absolument exempts de syphilis (Kassowitz) (2).

Pour banales qu'elles soient, les autres causes invoquées (alimentation vicieuse, mauvaise hygiène, etc., suffisent parfaitement à provoquer le rachitisme, sans qu'il soit besoin d'antécédents vénériens.

Ce transformisme pathologique, conçu pour expliquer la possibilité que garde les rachitiques de devenir postérieurement syphilitiques, vérité d'observation courante, nullement méconnue par Parrot, bien qu'on en ait fait une arme contre lui, ce transformisme se heurte cependant à ce fait, à savoir que des parents peuvent, après avoir engendré des enfants rachitiques devenir syphilitiques.

Quant au rachitisme expérimental, Parrot ne le combat que parce que si on peut réellement rendre des ani-

1. Voin in mém. de Cazin et Iscovesco, des rapports du rachitisme avec la syphilis, 1887, p. 33.

2. Rachitis und Syphilis. *Wiener méd. Blätter*, 1881, 41.

maux rachitiques, c'est la ruine de sa doctrine, la vérole étant une maladie tout humaine. Y est-on parvenu ? Certains expérimentateurs notamment Sutton (1) l'affirment, avec preuves à l'appui. Au surplus, que le rachitis, comme la syphilis ne soit pas expérimentalement réalisable, cela ne prouve pas l'identité des deux maladies.

Bref, l'œuvre si patiemment conduite du savant professeur n'a pas fait fortune : actuellement la doctrine est délaissée ; la controverse morte. L'académie de médecine, désireuse d'éclaircir définitivement l'opinion, a mis la question *des rapports de la syphilis avec le rachitis* au concours pour le prix de l'hygiène de l'enfance en 1886 et a récompensé les mémoires qui tous concluaient à la séparation des deux maladies.

Le rachitis reste une maladie autonome, indépendante.

L'agitation scientifique, éphémère, créée par Parrot n'a pourtant pas été stérile : les travaux de ce maître sur la syphilis héréditaire en général, et en particulier sur les lésions osseuses qui en sont la manifestation la plus constante et la plus caractéristique ont gardé une grande valeur. Il a du reste le mérite d'avoir ouvert la voie dans cet ordre de recherches et d'études ; voie féconde d'où sont sortis des œuvres considérables, telles que celles de Taylor en Amérique, de Pellizzari et Pafani en Italie, de Furth, de Kassowitz à Vienne, le mémoire du professeur Lannelongue, le beau livre du professeur Fournier sur la syphilis héréditaire tardive.

1. J. B. Sutton, *The Lancet*, 6 janvier 1883, p. 14.

Dans ce dernier ouvrage, véritable traité didactique, se trouve signalé avec détails un point de clinique que MM. Cazin et Iscovesco ont également relevé et sommairement traité dans leur mémoire, publié dans les archives de médecine en 1887, sur les rapports de la syphilis avec le rachitisme.

C'est à savoir que la syphilis peut donner lieu à des déformations osseuses multiples qui ressemblent approximativement à celles du rachitisme vrai.

Il nous a semblé intéressant de développer le sujet en le présentant comme thèse inaugurale. Nous allons donc montrer la syphilis héréditaire réalisant un ensemble de lésions osseuses qui, cliniquement, de prime abord, éveille l'idée de rachitisme. C'est à cet ensemble de manifestations, indiscutablement frappant dans certains cas, que nous croyons devoir appliquer, après les auteurs précités, le terme de *Pseudo-rachitisme syphilitique*.

Il s'agit là d'une véritable modalité symptomatologique due à la prédominance de lésions multiples du squelette.

« La syphilis, dit quelque part Hutchinson (1), nous ne la pouvons croire la cause du rachitisme; nous préferons dire qu'elle peut, par elle-même, produire des états pathologiques qui simulent ceux du rachitisme. »

Ces états pathologiques sont effectivement réalisés parfois et nous espérons mettre en lumière leurs caractères distinctifs en fondant notre description sur un certain nombre de faits inédits et sur diverses observations puisées

1. Soc. pathologiq. Londres, 1882, vol. XXX.

dans les bulletins de la Société de chirurgie, dans ceux de la Société médicale des hôpitaux et dans les recueils étrangers.

Nous remercions au préalable tous les maîtres sous la bienveillante autorité de qui il nous a été permis de travailler. Ces remerciements nous sont doublement agréables à exprimer à M. le professeur Fournier, président de cette thèse, à M. Hanot, à M. Cazin et à M. Budin, qui, en plus de leur enseignement, ont fait à leur disciple l'honneur de réelles marques d'intérêt.

Nous savons aussi grand gré à notre ami le D^r Iscovesco de l'obligeance qu'il a mise à nous communiquer ses notes.

DESCRIPTION

Il arrive de rencontrer des enfants, des adolescents, tous sujets en période de croissance, qui réclament des soins ou pour des douleurs ou pour des déformations des membres ; le plus souvent pour douleurs et déformations à la fois.

Au premier coup d'œil, on les trouve chétifs, mal développés pour leur âge, grêles de formes et ordinairement d'allure peu intelligente : Ce n'est pas d'eux qu'on pourrait dire que leur regard, leur parler dénotent un développement avancé des facultés intellectuelles. La figure offre presque toujours quelque chose d'irrégulier qui frappe, même avant qu'on y ait défini des lésions précises. Le teint est terne, sans coloris, le nez plus ou moins mal fait, les cornées nuageuses, les dents mauvaises, le front saillant, asymétrique ; la tête est mal conformationnée, ordinairement grosse. S'il existe en plus de la surdité et du coryza chronique il en résulte pour l'observateur cette première notion simple qu'on a affaire à des sujets qui ont souffert dans leur nutrition. Sans doute pour un esprit avisé et rompu aux finesses du diagnostic, il sera possible de saisir la signification précise de tous ces caractères vagues de constitution, de facies, d'habitus extérieur. Ils sont l'apanage des hérédosyphi-

litiques ; M. le professeur Fournier l'a clairement montré. Mais il faut reconnaître que dans les cas ordinaires, on ne dépiste pas si facilement la nature de la maladie après un rapide coup d'œil superficiel qui ne relève en somme, que des configurations vicieuses, des troubles de nutrition. Maintenant, il est vrai, on rencontre de véritables difformités ; un effondrement du nez, un crâne natiforme typique, etc. Alors les caractères sont tels qu'on a vite son opinion arrêtée ; encore faut-il néanmoins être familiarisé avec ces sortes de lésions.

Peu importe : on poursuit l'examen général. Il est rare qu'on ne constate pas quelque vice d'attitude, certains troubles fonctionnels. En général, les déformations qu'on trouvera tout à l'heure sur le squelette, ne s'accusent pas nettement sous les vêtements, mais elles se trahissent par quelque gêne, quelque station vicieuse : ainsi la démarche est souvent incorrecte, beaucoup d'enfants boitent ; d'autres, debouts, au repos, ne peuvent mettre leurs pieds en contact ; ou bien c'est un membre supérieur, qui se refuse à tomber droit, le long du corps, dans l'extension parfaite, par suite de gêne dans le jeu de l'articulation du coude. Bref, pour parler le langage de Fonssagrives, les sujets pèchent au point de vue de l'orthomorphose, et à les voir maigres, pâles, rabougris, on songe tout naturellement que ce pourrait bien être des rachitiques.

L'impression va se confirmer et devenir autrement forte quand l'un de ces malades, dépouillé de ses vêtements sera vu à nu. L'intensité des lésions surprend

presque toujours alors. On observe en effet une série de déformations qui ressemblent à s'y méprendre aux déformations rachitiques. Le squelette des jambes est tout particulièrement frappé. Les tibias, en lame de sabre, sont déviés, soit le plus souvent dans le sens antéro-postérieur soit dans le sens latéral. Cette dernière déviation entraîne le déjettement du pied en dehors et il en résulte l'apparence d'un genu-valgum. Si on ajoute que les fémurs ont fréquemment leur courbure normale exagérée, on voit qu'il est bien difficile de se défendre de l'idée de rachitisme, tout au moins pour les membres inférieurs.

Dominé par cette idée surtout, l'examen des membres supérieurs révèle assez d'anomalies dans le squelette des bras et des avant-bras, malgré l'absence de nouures, pour qu'on croie réellement à des déviation. Seulement à la vue, on reconnaît là des reliefs, des renflements irrégulièrement disséminés sur toute la longueur du membre, plus particulièrement dans le voisinage du coude.

L'aspect général du membre supérieur ainsi modifié dans ses segments est vraiment difficile à décrire ; il revêt de nombreuses variétés. Toujours est-il que les déviations réelles ou apparentes y sont moins accentuées qu'au membre inférieur. Il en est d'ailleurs de même dans les cas de rachitisme vrai. La courbure antéro-postérieure de l'humérus, avec concavité en avant, passe facilement inaperçue.

Si on poursuit l'inspection, on trouve sur le tronc,

le thorax des bosselures, peu marquées en général, siégeant de préférence sur le tiers antérieur des côtes, voire même au niveau des articulations chondro-costales ; il en résulte une sorte de chapelet rachitique imparfait.

Du côté de la colonne vertébrale, des inclinaisons à droite ou à gauche, une véritable gibbosité peuvent se rencontrer dans certains cas rares, comme en cite M. le professeur Fournier, mais nous n'en avons pas observé.

Les déformations du côté de la tête ne sont pas non plus très marquées, ne sautent pas aux yeux ; ce qu'on y remarque d'anormal parfois, c'est l'exagération de volume, l'élargissement du diamètre transverse bi-pariétal, la saillie du front, malformations qui contribuent à faire paraître la face étriquée d'en bas vers le menton.

En somme, ce sont tout simplement les déformations des membres et du thorax qui frappent et on comprendra facilement qu'en présence de ces membres inférieurs déviés, de ces membres supérieurs altérés, de ce thorax irrégulier, surmontant souvent un ventre gros, un ventre de batracien, on comprendra qu'on conclue au rachitisme, l'examen demeurant superficiel, purement d'ensemble et rapide. La conclusion est si naturelle, que Parrot fut obligé de s'insurger, d'insister, pour revendiquer les droits de la syphilis héréditaire à ces lésions osseuses et à leurs déformations. Il avait d'autant plus raison que c'était l'époque où il croyait encore à l'autonomie du rachitisme.

Pour arriver à la vérité, il est donc indispensable de se livrer à une étude détaillée et approfondie des diverses lésions, de les soumettre à une véritable analyse. Ce travail a été fait déjà et de main de maître. Les descriptions de MM. Lannelongue et Fournier sont classiques. Nous ne nous permettons d'y revenir que pour mettre en relief certaines particularités peut-être un peu trop laissées dans l'ombre. Ce n'est d'ailleurs que par une revue de détails qu'on peut trouver à ces déformations trompeuses, la série de caractères absolument spéciaux qui les différencient. Examinées avec soin, elle prennent du reste, croyons-nous une physionomie d'ensemble différente de celle du rachitisme vrai, un aspect tout à fait pathognomonique de la syphilis héréditaire.

Analyse des symptômes :

Déformations des membres. — Elles portent surtout sur le membre inférieur, sur la jambe, sur le tibia. On retrouve là le tibia syphilitique classique, maintes fois décrit le tibia en lame de sabre, en lame de cimetière.

« Quatre particularités dit M. Fournier (1), en constituent l'aspect morbide, à savoir :

1° *Tuméfaction de l'os.* — C'est là l'élément principal, essentiel de la lésion. Sur une certaine étendue de la diaphyse, par exemple sur son tiers moyen, le tibia est

1. Syphilis héréditaire tardive, 1886, p. 46-47.

tuméfié, épaissi, hypérostosé, bref augmenté de volume d'une façon plus ou moins notable, considérable même quelquefois.

2° *Inégalités et nodosités de surface.* — La surface de l'os ainsi tuméfié peut être lisse et égale. Bien plus souvent elle est irrégulière, bosselée, noueuse, quelquefois aussi semée de petites tubérosités inégales, de petites granulations.

3° *Crête tibiale transformée en face osseuse.* — Ceci est remarquable et presque caractéristique. La crête du tibia, au niveau des portions hypérostosées, perd son aspect de crête, de bord tranchant, d'arête. Elle s'élargit devient mousse et plane, si bien qu'elle ne représente plus un bord, mais une véritable face osseuse.

4° *Incurvation apparente, pseudo-tachitique du tibia.* — Il n'est pas rare, dans les cas de lésions bien accentuées, que le tibia présente une forte courbure à convexité antérieure. On le dirai arqué en *lame de sabre* et on le prendrait volontiers pour un tibia rachitique.

Ce n'est là cependant qu'une apparence. En réalité, l'os n'est pas incurvé; il semble tel seulement, et cela en raison de l'hypérostose partielle qui en occupe le segment antérieur.

D'autre part, cette hypérostose, en exagérant le diamètre antéro-postérieur de l'os, imprime au membre l'apparence d'un aplatissement transversal. De sorte que, doublement modifié d'aspect, le tibia prend à la fois l'aspect d'une lame de sabre et par sa courbure antérieure et par un simulacre d'aplatissement latéral. »

En résumé, incurvation arciforme à convexité antérieure, épaissement de la crête et aplatissement transverse, voilà les modifications typiques subies par l'os dans son aspect macroscopique. En ajoutant qu'il est épaissi, rugueux et souvent çà et là parsemé à sa surface de suppurations gommeuses ou de cicatrices déprimées, blanchâtres, irrégulières, on a tous ses caractères. Nous ferons une simple remarque à propos de l'incurvation.

L'os, a-t-on dit, *paraît* seulement arqué; en réalité, il conserve sa rectitude; Il n'est pas incurvé sur lui-même, mais présente une bosselure étendue, diaphysaire, sans modification dans la direction générale de son axe. Il n'est pas plus dévié de cet axe que ne le serait une tige de fer sur laquelle on aurait, d'un côté, déposé une couche de plâtre (Berne) (1).

C'est là une exagération. Si la chose est vraie dans certains cas, elle est fausse en d'autres. En même temps qu'il y a fausse courbure par dépôts ostéophytiques, il existe assez souvent une courbure réelle et même une déviation très notable.

Cette incurvation vraie peut se voir facilement sur certains tibias syphilitiques du musée Dupuytren et elle est nette, frappante sur une pièce présentée récemment à la Société anatomique par M. Dupré, interne des hôpitaux. Tout préoccupé de la saillie formée par l'hypérostose, l'auteur de la présentation méconnaît presque la cour-

1. Thèse de Paris, 1884.

bure vraie de la diaphyse, il la signale trop peu et certainement cependant cette incurvation réelle contribue, pour une bonne part, à donner au tibia son aspect dit de lame de sabre. Nous croyons utile de citer ici, en l'écourtant, l'observation qui accompagnait la pièce. Elle ne rentre qu'accidentellement dans le cadre de notre sujet, mais nous en tirerons quelque parti au point de vue du diagnostic plus tard.

OBSERVATION I

Tibia hérédo-syphilitique chez une femme de 87 ans (hystérie ancienne, sclérose rénale ; hémiplegie gauche terminale sans lésions encéphaliques).

(E. Dupré, interne des hôpitaux. *Soc. anat.*, mars 1888).

J'ai l'honneur de présenter le tibia d'une femme de 87 ans, morte le 13 février 1888 à Chardon-Lagache, service de M. Chauffard. C'est le tibia gauche, le droit était normal.

En examinant la malade quelques jours avant la mort, nous avions été frappé de l'aspect tout à fait spécial de sa jambe gauche. Tandis, en effet, que la jambe droite était normale, la gauche offrait aux yeux une déformation singulière. Cette déformation, ainsi qu'il était facile de s'en assurer cliniquement, à travers les parties molles fort amaigries, était due uniquement au squelette. C'était cette forme du tibia dit en lame de sabre. L'identité des lésions osseuses se poursuit jusque dans le détail : péroné intact ; tibia : tous les caractères d'ensemble et de détails du tibia hérédo-syphilitique. La diaphyse est tuméfiée, épaissie, hypérostosée ; la surface est inégale, bosselée, noueuse, semée de petites inégalités tubériformes, de petits mamelons grenus ; la crête n'est plus une crête,

un bord tranchant, une arête, elle est élargie, mousse et plane, si bien qu'elle représente une véritable face. Enfin le tibia présente une forte courbure à convexité antérieure ; il est arqué et présente l'apparence de l'incurvation rachitique, apparence due surtout à l'hypérostase partielle du segment antérieur de l'os, d'où l'aspect de lame de sabre. Or, il n'y a que la syphilis qui puisse réaliser sur un tibia de telles lésions et tous les auteurs, le plus autorisé de tous, M. Fournier, s'accordent à dire qu'un tel tibia est un indice certain de syphilis héréditaire. Habituellement, les altérations hérédo-syphilitiques du tibia sont bilatérales et symétriques : chez notre malade, la lésion n'intéressait que le tibia gauche, mais ce fait s'est déjà rencontré souvent. Dans une statistique de M. Fournier, 28/75 la lésion est unique.

Notre malade de 87 ans était donc une syphilitique héréditaire. Nous avons cherché, mais vainement, quelques autres stigmates de la diathèse, tout le reste du squelette était indemne, sauf la voûte du crâne : hypérostase massive, compacte, uniformément répartie, hypérostase commune chez les vieillards.

Dès lors, deux questions se posaient : de quand datait la lésion tibiale ? Où remontait dans les ascendants de cette femme l'infection syphilitique originelle ? Nous avons été appelé auprès de la malade dans des circonstances éminemment défavorables à une enquête de ce genre : puisque cette femme venait d'être frappée d'hémiplégie avec embarras de la parole. Sa fille a toujours vu la jambe de sa mère ainsi déformée, ce qui prouve que la lésion remonte à l'enfance.

Pas de renseignements sur les parents, frère, sœur, etc.

6 enfants d'un mari mort à 50 ans. De ces 6, restent 2 filles bien portantes, les 4 autres garçons sont morts en bas âge

d'affections indéterminées, c'est le seul renseignement ayant quelque valeur positive au point de vue de la syphilis.

(Les autres détails ne nous intéressent pas directement).

Nous avons dit qu'il y avait parfois de véritables déviations. En deux cas particulièrement que nous avons observés, mais que malheureusement nous n'avons pas notés en détail, ces déviations étaient très nettes. Dans l'un, les deux tibias étaient déviés dans le sens antéro-postérieur à tel point qu'ils formaient presque dans leur continuité un angle droit. L'un de ces tibias se fractura même, à la suite d'un effort, un peu au-dessous de l'angle saillant. Dans un autre cas, lorsque le malade était debout, les cuisses rapprochées, les genoux se touchant, il y avait normalement entre les deux bords internes des pieds, un écartement d'au moins 25 centimètres. Il suffisait d'inspecter la face interne des tibias pour constater qu'ils étaient en effet fortement déjetés en dehors à la partie inférieure et on comprendra aisément, quand nous dirons qu'il n'y avait pas d'ostéophyte notable sur cette face interne, que la déviation latérale était absolument réelle. Il est parfaitement rationnel d'admettre à la rigueur qu'il s'agit là de déviation causée par le rachitisme vrai chez des syphilitiques. Cependant il n'y avait pas de nouures et d'ailleurs ces déviations présentent des caractères vraiment spéciaux. Parmi les plus importants, il faut noter le manque de régularité, de graduation, de cintre parfait en un mot, dans la forme de l'inflexion diaphysaire. Ainsi l'os peut être rectiligne dans son tiers

supérieur et dévié dans les deux tiers inférieurs seulement, d'où l'aspect coudé et non courbé de la diaphyse.

En outre ces déviations, qui existent le plus souvent des deux côtés à la fois, à la jambe droite et à la jambe gauche, n'offrent pas de symétrie d'intensité. À côté d'un tibia à peine dévié, on trouve celui du côté opposé, le congénère, fortement déjeté en dehors ou arqué en avant.

De plus, la déviation peut être dans un sens d'un côté et dans un autre sens du côté opposé, d'où trouble plus ou moins marqué dans le parallélisme des jambes.

Bref, le caractère dominant dans tous ces cas, c'est l'asymétrie ; asymétrie de siège, de direction, d'intensité dans la déformation.

À défaut de dessins originaux, nous recommandons de voir la figure 4 du livre de M. Fournier (1). C'est la reproduction d'une photographie à laquelle nous avons collaboré à Berek. Nous recommandons aussi la planche publiée par M. d'Heilly dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux* du 11 juin 1889. La déviation réelle nous semble parfaitement nette sur ces dessins.

Reste à signaler les altérations dérivant de la présence des ostéophytes. Ce sont des intumescences plus ou moins accentuées, ordinairement fusiformes, occupant la totalité ou plus souvent une partie de la diaphyse, hérissées de petites nodosités, de bosselures à la surface,

1. *Syphilis héréditaire tardive*, page 48.

avec ulcérations ou cicatrices à leur niveau dans certains cas. Ces hyperostoses passives ont des caractères trop connus pour qu'il soit besoin d'insister. Elles jouent le principal rôle dans la déformation de l'os.

Péroné. — Souvent indemne, il est parfois ostéophytique, l'os néoformé sur sa diaphyse pouvant aller jusqu'au contact du tibia. Quelquefois il est seulement infléchi, entraîné par la déviation du tibia.

Du côté du tibia comme du péroné, il n'y a pas de déformations localisées aux extrémités même de l'os. Si les ostéophytes se déposent par prédilection au niveau du bulbe de l'os, comme l'a dit le professeur Lannelongue, ils n'affectent pas isolément les épiphyses.

Fémur. — Ordinairement peu affecté, il offre parfois une légère exagération de sa courbure normale ; les ostéophytes y produisent rarement des tuméfactions très appréciables.

Membre supérieur. — En général, il y a de moins grosses lésions qu'à la jambe. Les mains sont normales, bien que parfois il y ait du gonflement de quelques phalanges résultant de dactylites anciennes. Nous n'avons jamais rencontré cette lésion. A l'avant-bras, on rencontre des tuméfactions sur le radius, mais surtout sur le cubitus : elles y sont en général moins développées, moins étendues proportionnellement que sur la jambe. Elles sont fusiformes et échelonnées le long du squelette de l'avant bras ; l'une siégeant par exemple sur le tiers moyen du radius et l'autre sur le tiers supérieur du cubitus, d'où l'apparente déviation de ce segment de mem-

bre. Bien souvent aussi, l'hyperostose est prédominante au voisinage du coude, portant sur les deux têtes osseuses à la fois et troublant le jeu de l'articulation (1). Le trouble est d'autant plus marqué que l'extrémité inférieure de l'humérus correspondant est ordinairement hyperostotée. Les ostéophytes, en effet, se développent souvent sur cette facette triangulaire qui se trouve au-dessus de la cavité olécranienne ; c'est un de leurs sièges de prédilection, il faut toujours les y chercher. L'extrémité inférieure humérale est de ce fait plus ou moins considérablement épaissie et la tuméfaction se rencontre surtout à la face postérieure. L'hyperostose enfin se montre aussi parfois vers le milieu de la diaphyse ou assez près de l'épaule. S'il y a au membre supérieur des déviations réelles, elles sont peu appréciables.

Clavicules. — Ces os ne présentent pas d'exagération de courbure réelle, mais l'une des extrémités peut parfois former une saillie anormale, tenant à la présence d'ostéophytes et donner l'apparence d'une déviation à l'ensemble de l'os.

Thorax. — La poitrine est asymétrique souvent, mais les déformations d'ensemble bien nettes sont rares ; ce qu'on y trouve ce sont des nodosités, des gonflements localisés, siégeant surtout sur l'extrémité antérieure de certains côtés. Ces nodosités, il n'y en a parfois qu'une seule — sont irrégulièrement disséminées, l'une au niveau de la 7^e articulation chondro-costale droite, d'autres

1. Méricamp, *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires*, Thèse de Paris, 1882.

au niveau des 3^e, 5^e articulations chondro-costales gauches, une autre au niveau d'un mamelon. Elles constituent bien une apparence de chapelet, mais chapelet tout à fait imparfait. Ce sont elles qui contribuent aussi à créer un semblant d'aplatissement latéral de la cage thoracique. Dans certains cas, il y a élargissement réel des fausses côtes, évasement de la poitrine à la partie inférieure et gros ventre.

Le sternum est parfois bosselé ; jamais nous ne l'avons trouvé en carène.

La colonne vertébrale offre exceptionnellement des inflexions plus ou moins marquées, il y a de la scoliose, M. Fournier a cité de véritables gibbosités. En général, les déformations sont rares ou fort peu prononcées.

Tête. — De même ici, les déformations sont souvent défaut, ou ne sont appréciables qu'au palper sur le crâne. On rencontre le plus communément des bosselures pariétales, et frontales symétriques ou non avec sillons antéro-postérieur ou fronto-pariétal exagérés. Le crâne natiforme typique avec sa rigole médiane et les saillies de ses parties latérales n'est pas fréquent. De même le front olympien.

L'occipital bombe parfois en arrière, et avec l'élargissement du diamètre bi-pariétal, constitue une grosse tête.

A la face, le nez est épaté, camard, ou même totalement effondré, d'où en cas de lésion si considérable, le nez dit en lorgnette, le nez retroussé par disparition des os propres. Souvent il y a une simple déviation, une malfor-

mation indéfinissable mais qui suffit pour détruire la symétrie de la figure.

Le maxillaire inférieur peut également être altéré, bien qu'à l'inverse du tibia, on l'ait dit l'os le moins atteint par la syphilis : un dépôt ostéophytique localisé a été rencontré soit sur une branche montante, soit près du menton.

Des lésions peuvent exister du côté du bassin ; mais ce n'est guère que chez les femmes, à l'occasion d'un accouchement, qu'elles sont découvertes ; elles sont capables de causer de la dystocie.

Telles sont en somme, les diverses lésions du squelette, qui par leur coexistence chez le même sujet, par les déformations auxquelles elles donnent lieu sur les membres, la poitrine et la tête éveillent de prime abord l'idée de raticisme, idée fausse que l'étude approfondie et détaillée des lésions osseuses seules fait rejeter en raison des caractères spéciaux sus-indiqués.

Secondairement aussi, le cortège d'autres manifestations prend de l'importance : la débilité ordinaire du sujet, l'infantilisme, les stigmates cicatriciels de la peau et des muqueuses : taches fessières, fissures commissurales des lèvres, etc., les lésions, les troubles des organes des sens : taies de la cornée, surdité ; les malformations dentaires, le coryza, les malformations du côté du voile du palais, de la voûte palatine, les lésions testiculaires, les arthropathies, les lésions laryngées, l'insuffisance intellectuelle, les troubles cérébraux, etc. toutes ces manifestations notées et rapprochées de grosses lésions osseuses, de dé-

formations multiples contribuent à former une expression clinique toute spéciale (1).

D'ailleurs l'évolution de ce pseudo-rachitis a aussi ses caractères propres.

Marche. Durée. Terminaisons.

Le pseudo-rachitis peut s'observer, ainsi que l'indiquent quelques-unes de nos observations, dès le bas-âge. Plus ordinairement c'est pendant l'adolescence, la seconde enfance qu'on le rencontre ; ce qui s'explique, c'est la période la plus active de la croissance des os.

Avant d'être appréciables à la vue et au toucher d'une façon nette, les ostéo-périostites multiples s'annoncent par des douleurs et des troubles fonctionnels. Il y a une sorte de phase prémonitoire qui n'est pas sans analogie avec cette période de début du rachitisme vrai, période marquée, comme chacun sait, par des phénomènes de sensibilité exagérée et d'endolorissement du squelette.

Les douleurs sont vagues, difficilement localisables, erratiques, soumises à de véritables exaspérations inexplicables, mais plus particulièrement marquées la nuit ; ce sont des douleurs ostéocopes comme dans les premières périodes de la syphilis acquise. Elles siègent dans la profondeur des membres, présentent de nombreuses variétés d'intensité et durent généralement longtemps. Elles entraînent divers troubles plus ou moins accentués : trou-

1. Chabaud. *Syphilis du maxillaire inférieur*. Th. Paris, 1885.

bles moteurs, agitation, insomnie, état d'irritation générale, amaigrissement, etc.

Puis les os subissent une tuméfaction lente, graduelle, née avec les douleurs mais qu'on n'apprécie qu'au bout d'un certain temps. Alors ou bien l'ostéo-périostite poursuit sa marche d'une façon continue pendant 3, 4, 5 mois, le processus morbide affectant ainsi une forme subaigüe; ou bien, l'évolution est tout à fait chronique, dure plusieurs années, procède par poussées successives.

En tout cas, l'aboutissant est l'hypérostose. Celle-ci constituée, les douleurs cessent, le gonflement persiste à l'état de déformation définitive, sans modifications. Le malade finit par oublier son mal, comme le dit le professeur Fournier à qui nous empruntons ces détails. Dans des cas plus malheureux, le travail inflammatoire ne cesse pas, des abcès osseux se forment, les téguments sont détruits, des trajets fistuleux s'établissent, l'os se nécrose, et c'est alors une période de suppuration interminable qui commence. Ces graves accidents s'accompagnent de vives douleurs au moment de la formation du foyer purulent, de l'abcès sous-périostique, mais plus tard la suppuration continue avec une indolence presque complète.

Comme complication, on a signalé des atrophies musculaires, des arrêts de développement dans les os atteints. Nous avons vu deux fois des fractures survenir presque spontanément au niveau des os altérés : dans l'un des cas, l'humérus s'était rompu à son tiers inférieur, dans l'autre le tibia s'était brisé au-dessous d'une forte saillie angulaire.

DIAGNOSTIC

Après avoir essayé de mettre en lumière les traits distinctifs du pseudo-rachitis syphilitique, nous croyons pouvoir dire qu'il est des cas où le doute sur sa nature spécifique est bien vite impossible. Quand le malade présente ces tuméfactions, ces déviations des membres, ces gonflements des côtes, ces malformations crâniennes ; qu'on cherche et qu'on trouve presque toujours les stigmates tégumentaires et des organes des sens, que de plus l'enquête méthodique sur la famille révèle la polymortalité, des accidents authentiques de vérole, des aveux formels des parents, on peut conclure avec pleine satisfaction d'esprit.

Si les antécédents manquent, les manifestations osseuses et les autres stigmates coexistant permettent encore de se prononcer sans crainte d'erreur. Mais que les lésions osseuses seules existent ou du moins avec d'autres stigmates frustes, peu significatifs, que ces lésions se rencontrent avec ces caractères d'ensemble que nous avons décrits, sera-t-il possible de se prononcer en faveur de la syphilis ? C'est notre conviction. Étant données les particularités typiques des déformations et surtout la physionomie d'ensemble qu'elles donnent au malade, nous sommes même tentés de renverser le raisonnement

habituel que voici : eu égard aux renseignements familiaux, individuels, eu égard aux accidents successifs qui se sont déroulés, aux stigmates appréciables sur la peau, les muqueuses, etc., eu égard à l'influence du traitement, les lésions osseuses pourraient bien être de la syphilis.

Et de dire : ces lésions majeures des os, prédominantes, en raison de leur morphologie, de leur topographie, de leur groupement, sont le fait de la syphilis, même à l'exclusion de tous autres signes. Non pas que ces autres signes n'aient pas de valeur, ils en ont beaucoup et leur constatation fortifie singulièrement le diagnostic, mais s'ils viennent à faire défaut, la syphilis est néanmoins reconnaissable.

Nous allons d'ailleurs, procédant par comparaison et exclusion, montrer que nulle autre maladie ne réalise de semblables lésions.

Le diagnostic varie suivant la période à laquelle on examine le malade. Nous distinguerons trois périodes.

Première période. — Période de douleurs précédant les déformations. — Les difficultés du diagnostic sont grandes à cette phase purement douloureuse, alors que l'affection ne se révèle pas encore par des signes matériels. S'il s'agit d'un tout jeune enfant, incapable d'exprimer par la parole ou le geste le siège précis de son mal, qui traduit uniformément par des cris tous ses malaises physiques, l'embarras est réel. On songe tout d'abord au *rachitisme aigu*.

Le rachitisme classique, en effet, parfois débute par

une sorte de poussée douloureuse accompagnée de fièvre et de troubles gastriques. Les symptômes sont absolument aigus : l'enfant a le corps tellement sensible qu'il pousse des cris au moindre mouvement ; il redoute tout attouchement, ses petites jambes refusent à le porter ; la peau est chaude, sillonnée de grosses veines ; la soif est vive, surtout la nuit (W. Jenner) ; il y a de la fièvre, perte de l'appétit, amaigrissement rapide, faiblesse extrême : des vomissements, de la diarrhée, des sueurs profuses complètent le tableau, et cette phase initiale aiguë est telle, qu'on a voulu en faire une forme spéciale du rachitisme, distincte du rachitisme chronique latent, dit *tabes rachitique* (Stieber, de Francfort). Or, ces symptômes tumultueux sont généralement de courte durée et les déformations caractéristiques des épiphyses viennent bientôt confirmer la signification de tous ces troubles. Même pendant l'orage, il se peut qu'on trouve les extrémités des os longs, exagérées de volume, les côtes molles, très flexibles.

La croissance normale peut aussi provoquer des poussées douloureuses, poussées qui ne seront pas ultérieurement suivies de nouures, bien que dues à des lésions osseuses au voisinage des cartilages juxta-épiphysaires. L'appareil symptomatique répond à ce qu'on décrit sous le nom de *fièvre de croissance*. Il a été bien étudié par M. Bouilly en 1879 ; on l'observe plus particulièrement chez les adolescents, entre 8 et 15 ans.

Nous ne parlerons pas des cas intenses, aigus qui simulent toutes les pyrexies possibles, mais il en est d'au-

tres qui se traduisent par de la fatigue générale, de l'apathie, de l'amaigrissement, de l'anorexie, des douleurs généralisées, vagues, des membres particulièrement fixées près des jointures où la pression les réveille, tous symptômes coupés de temps en temps par des accès fébriles de quelques heures de durée et coïncidant avec un accroissement rapide de la taille.

Il n'est pas surprenant que ces états morbides, comme le rachitisme aigu, aient des analogies avec le pseudo-rachitis syphilitique : en toutes ces affections, l'activité nutritive du squelette est déviée, exagérée ; il en résulte une communauté des symptômes ; mais la nature essentiellement différente des maladies causales se révèlent aussi par des différences dans les signes. Ainsi l'ostéo-périostite syphilitique produit des douleurs ostéocopes à exacerbations nocturnes vraiment typiques et s'accompagne rarement d'une réaction générale intense.

M. Eugène Vincent, après le professeur Ollier, a signalé un rachitisme des adolescents qu'il nomme *rachitisme local inflammatoire*. Il s'agit d'une inflammation à distance survenant à l'extrémité saine d'un os malade dans son autre extrémité. Un fémur atteint d'ostéite simple, tuberculeuse ou autre au niveau de sa tête, subit consécutivement dans son extrémité tibiale des altérations rachitiques précédées et accompagnées de phénomènes douloureux. Nous passons sur cette rareté pour dire un mot du *rhumatisme*.

On connaît l'affinité de la diathèse rhumatismale pour le tissu fibreux ; le périoste est donc affecté certainement

dans quelques cas ; il y a des périostites rhumatismales marquées par des douleurs vives que le patient éprouve sur le trajet des os longs particulièrement des tibias, des cubitus ; mais ces manifestations sont rarement indépendantes ; il y a ou il y a eu quelque arthropathie, quelque cardiopathie. Quant au rhumatisme osseux décrit par M. Féréol, le rhumatisme osté-hypertrophique des diaphyses et des os plats, c'est surtout à la période de déformation, d'hyperostose qu'il offre de l'intérêt. Nous n'y reviendrons cependant pas, en raison de sa rareté. Le diagnostic ne peut paraît-il être établi qu'à l'aide des antécédents personnels et héréditaires.

Nous laissons de côté les ostéites traumatiques les exostoses de croissance, indolentes dans leur évolution, l'ostéomyélite dont la confusion n'est possible que sous forme de fièvre de croissance.

En somme, ce sont les caractères des douleurs qui guident dans cette phase d'invasion et quand on est sur la voie, les renseignements et le traitement spécifique parfont le diagnostic.

Deuxième période. — Période de déformations, période pseudo-rachitique. — C'est là le point important du diagnostic : prenons un cas de rachitisme généralisé. En dehors des altérations viscérales et des troubles généraux, propres à chacun, le rachitisme et la syphilis osseuse donnent lieu à des déformations du squelette très assimilables par certains côtés mais non identiques pourtant.

Nous ne tracerons pas un tableau détaillé du rachi-

tisme, ce serait superflu. Synthétiquement, voici ce qu'il produit :

Du côté des membres ; deux ordres de déformation : des nouures et des courbures.

Les nouures consistent en gonflements des têtes articulaires, en boursoufflements des épiphyses ; elles sont précoces et siègent principalement aux poignets, aux malléoles et aux genoux ; elles sont bien limitées, localisées. « Il semble qu'au niveau des jointures, un peu au-dessus et un peu au-dessous, les membres aient été vigoureusement serrés avec un lien et qu'il soit arrivé pour eux ce qui arrive pour les arbres dont on étrangle le tronc de manière à former des nouures ». (Trousseau)

Ces nouures caractéristiques manquent dans la syphilis osseuse. Si on trouve parfois les extrémités du tibia, du cubitus, de l'humerus, du radius hypertrophiées, ce n'est pas que les épiphyses seules soient gonflées, soufflées ; l'hypertrophie tient à des dépôts ostéophytiques, à une production d'os nouveau, à une hyperostose qui empiète plus ou moins, qui diffuse vers la diaphyse ; c'est le bulbe de l'os, bien plus que l'épiphyse qui est augmenté de volume, mais on peut s'y tromper.

Les courbures ou inflexions des diaphyses tiennent à deux causes : le ramollissement de l'os et l'action des forces qui agissent sur lui en différents sens, tels sont le poids du corps, les contractions et même la tonicité des muscles et les pressions extérieures. (Lannelongue). La part qu'il convient d'attribuer à ces différents éléments varie avec les régions, d'où variétés infinies de

déformations. Les os des jambes se courbent les premiers, souvent les deux ensemble. La convexité de leur courbure est tantôt antérieure, tantôt interne, tantôt externe; la première plus commune. Les fémurs exagèrent leur courbure naturelle; le col devient horizontal. Il en résulte ces membres en cerceau, en x etc. Les avant-bras sont généralement moins déformés; le cubitus et le radius s'infléchissent d'arrière en avant, l'humérus accentue la courbure de son extrémité inférieure. En général c'est vers les extrémités épiphysaires que les os se courbent en projetant en avant leur partie moyenne régulière. (Lannelongue). Le corps de la diaphyse n'est pas hypertrophié; il reste lisse à sa surface.

Dans la syphilis les courbures sont apparentes ou réelles. Apparentes, elles tiennent à la néoformation de couches osseuses sur un point de la diaphyse; couches qui forment là une bosse, une tuméfaction, sur un cylindre osseux qui garde sa direction naturelle. Ce cylindre osseux se trouve à la fois augmenté dans son volume et déformé dans ses contours: tel le tibia en lame de sabre. Ces tuméfactions siègent de préférence sur la face antérieure du tibia, le tiers inférieur de l'humérus, les os de l'avant-bras; elles occupent 5, 10, 20 cent. de la longueur de la diaphyse; sont ordinairement fusiformes et granuleuses à leur surface, parfois ulcérées, criblées de cicatrices: elles donnent à l'os un aspect courbé, mais courbé d'une façon irrégulière, aux dépens de sa moitié supérieure seulement comme cela arrive par exemple pour le tibia, de son tiers inférieur pour l'humérus.

Quant aux incurvations réelles, elles consistent en une inflexion de la diaphyse comme dans le rachitisme vrai. Elles coïncident avec les tumeurs ostéophytiques et sont peut-être la conséquence de leur évolution ; nous ne les avons pas vu atteindre les degrés prononcés des courbures rachitiques.

Au tronc, nouures et courbures encore, mais avec déformations caractéristiques, à savoir le chapelet pathognomonique constitué par le gonflement de l'extrémité antérieure de toutes les côtes.

Le sternum d'oiseau, *chicken Brust*, la poitrine en carène, la double gouttière latérale, l'évasement des fausses côtes, le gros ventre de batracien et une série de troubles fonctionnels résultant de ces déformations majeures.

Or que produit la syphilis sur la cage thoracique ? Des ostéophytes ; et elles les dépose sous forme de nodosités disséminées, l'une près d'une articulation chondro-costale droite, une autre près d'une semblable articulation gauche vers la 3^e, la 7^e d'un côté, la 9^e, la 5^e de l'autre. On en trouve aussi sur la ligne mamelonnaire et probablement ailleurs. Il en résulte une fausse apparence de chapelet à première vue ; mais c'est tout ; il n'y a pas ces profondes déformations signalées plus haut, sauf peut-être le gros ventre qui se voit parfois, par suite d'hypertrophie du foie et de la rate probablement.

Du côté de la colonne vertébrale, sur le bassin, les déformations sont en général moins frappantes ; nous ne croyons pas que la syphilis produise l'ensellure lombaire, les bassins annelés, canaliculés qui sont le fait du rachitisme. M. Fournier cite cependant des déviations rachi-

diennes, une gibbosité même, chez des enfants syphilitiques. Dans un cas, nous avons noté de la scoliose.

A la tête, il y a de grandes analogies dans les déformations syphilitiques et rachitiques : l'augmentation de volume de la voûte crânienne, la modification des sutures existent dans les deux cas ; de même aussi les altérations dentaires. Il serait vraiment impossible sans le secours d'autres signes d'établir un diagnostic ferme. Le rachitisme crânien, toujours précoce, est caractérisé par un arrêt de développement des divers os : ils ne croissent plus et ils s'écartent les uns des autres ; d'où élargissement, persistance des fontanelles, aplatissement de la voûte, tête de gourde. La syphilis produirait plutôt des bosselures parabregmatiques, bosselures frontales, bosselures pariétales symétriques ou non. Quand ces bosses sont séparées nettement par une rigole médiane antéropostérieure, on a le crâne natiforme ; mais combien rare ? Et le front olympien, le front large et saillant, vertical, l'asymétrie même du crâne, de laquelle des deux maladies sont-ils caractéristiques ? Il faudrait pouvoir constater sûrement les ostéophytes pour affirmer la syphilis. Le craniotabes ne paraît pas davantage spécifique. Par contre, la déformation particulière de la mâchoire inférieure signalée par Fleischmann, le maxillaire inférieur polygonal, appartient en propre au rachitisme, et les difformités nasales, l'effondrement du nez, à la syphilis. Quant aux anomalies dentaires, elles n'ont pas, on l'a prouvé, l'importance diagnostique que Parrot s'était donné tant de peine à leur accorder, sauf peut-être en ce qui concer-

ne la dent en tournevis, à encoche d'Hutchinson. Le rachitisme d'une manière générale, entrave surtout l'évolution et la nutrition des dents de lait ; la syphilis celles de la seconde dentition.

En résumé, le rachitisme, maladie systématique du squelette réalise des déformations plus multipliées et surtout plus symétriques. Dans les formes partielles, les caractères propres des lésions, en particulier celles du crâne ne sont pas toujours pathognomoniques. D'ailleurs il se peut que les lésions typiques du rachitisme coexistent avec celles de la syphilis osseuse sur le même sujet.

Troisième période. — Période pseudo-tuberculeuse, si l'on veut. Il est fréquent qu'au niveau des tuméfactions, des courbures des os et tout particulièrement sur le tibia, se voient des ulcérations, des cicatrices. A cette période de suppuration surtout, le pseudo rachitis syphilitique est confondu avec la scrofule. Bazin a fait d'une manière générale la différenciation, et M. Fournier a magistralement traité ce point de diagnostic. Les ulcérations dues à l'ostéo-périostite suppurative syphilitique, reposent sur un os volumineux, rugueux ; elles présentent des bords non saillants, non décollés, plus ou moins arrondis ; le fond est creux rouge jaunâtre, laissant voir parfois un point osseux éburné ; multiples, elles s'unissent souvent par leurs bords et arrivent à former une plaie vive qui couvre les $\frac{3}{4}$ d'une diaphyse tibiale en avant ; plaie peu bourgeonnante, sans réaction générale, peu douloureuse, donnant lieu à une suppuration modérée. L'os sous-jacent se nécrose par places, les ostéophytes

se détruisent et donne lieu à élimination de sequestres. A ce moment il n'est pas rare d'observer des crises nocturnes de douleur. Ces lésions ulcéreuses sont très rebelles au traitement spécifique et se reproduisent souvent sur place. Quand la guérison est définitive, les cicatrices qui restent sont blanches, étoilées, irrégulières, déprimées, et la peau est à leur niveau accolée à l'os.

L'ostéité tuberculeuse est essentiellement destructive : elle produit la fonte de l'os avec une suppuration abondante, un envahissement des parties molles avoisinantes, des fistules intarissables, au fond desquelles le stylet rencontre un tissu osseux friable, et dont les bords à l'orifice cutané sont violacés, bourgeonnant, envahis par des fongosités, décollés, déchiquetés. Il n'y a pas d'hypérostose énorme au niveau des foyers de suppuration et c'est plus souvent sur les os courts et plats que se produisent ces lésions.

Quant à ces lésions de *l'ostéomyélite chronique*, telle que la mortification de la totalité ou d'une bonne portion de la diaphyse d'un humérus, d'un tibia, invaginé dans une coque irrégulière d'os nouveau, produisant un gonflement énorme du membre qui est parsemé de fistules, ce sont des lésions rarement multiples et à cachet spécial.

Quel que soit d'ailleurs le cas, l'étude des antécédents, de la constitution, des signes accessoires est absolument de rigueur, et c'est souvent par l'ensemble des symptômes plus que par les signes locaux que le diagnostic est établi — c'est surtout vrai pour le pseudo-rechitis dont les

manifestations, prises isolément à leurs diverses phases d'évolutions, purent simuler les maladies que nous venons d'énumérer, mais qui, réunies, vues groupées deviennent pathognomoniques.

De l'ensemble des caractères décrits dans le pseudo-rachitis, il résulte que chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un malade, ayant à première vue l'aspect d'un rachitique, et que l'examen un peu plus approfondi des lésions en particulier obligera le médecin à écarter ce diagnostic, la syphilis héréditaire s'impose d'une façon absolue. En d'autres termes, le pseudo-rachitis précédemment décrit est la marque la plus caractéristique de la syphilis héréditaire.

Héréditaire ? Bazin n'établissait pas la distinction entre les lésions de la syphilis héréditaire et celles de la syphilis ; les premières ne se manifestant pas par des caractères spéciaux.

Pour M. Mauriac, il y a cependant des caractères d'évolution distincts : la syphilis héréditaire n'a pas de périodes tranchées ; elle se caractérise même par la simultanéité et la subintrance des lésions internes ou externes, viscérales ou tégumentaires.

MM. Roger et Fournier rapportent des observations presque identiques au point de vue des lésions osseuses où la syphilis est congénitale d'une part et acquise de l'autre.

Le Dr A. Roussel, (2) se prononce formellement pour la syphilis acquise dans le plus grand nombre des faits.

^s

1. H. Roger. *Union méd.*, 1865, p. 249. A. Fournier, id.
2. Roussel, thèse de Paris, 1881.

M. d'Heilly reste dans le doute à propos du cas qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux.

Notre maître, M. le professeur Fournier incline bien clairement à regarder le tibia en lame de sabre et d'autres tuméfaction osseuses comme l'apanage de la syphilis héréditaire. Mais n'a-t-il pas présenté tout récemment à un jeudi de Saint-Louis un fait curieux, que les annales de dermatologie (1) reproduisent sous ce titre significatif : syphilis acquise dans le bas-âge simulant la syphilis héréditaire ? Nous ne nous prononcerons donc pas catégoriquement à ce point de vue ; le plus grand nombre des faits s'interprètent pour la syphilis héréditaire jusqu'alors tout au moins.

1. N° du 25 juin 1889.

PRONOSTIC

Les sujets atteints dans leur système osseux d'une manière si multiple et si profonde ont à redouter, d'abord, pendant la période active des lésions, ces crises de douleurs nocturnes parfois assez violentes pour causer une insomnie prolongée et un dépérissement général. Ces conséquences extrêmes sont l'exception soit que les douleurs restent torpides, soit que les exacerbations soient fugaces; elles n'entraînent le plus souvent qu'un état de souffrances intolérable et momentané, mais réveillé parfois sans motifs. Le traitement rationnel a du reste toujours raison de ces troubles douloureux.

Ce par quoi le pseudo-rachitisme prend un réel caractère de gravité, la nature de la diathèse elle-même étant mise à part, c'est l'ensemble de difformités qu'il peut produire.

Il est parfaitement acquis, c'est un fait d'expérience fréquemment constaté, qu'il est au pouvoir du médecin d'enrayer la marche des hypertrophies, d'obtenir même leur régression, leur disparition complète. Ces sortes de succès thérapeutiques sont de ceux qui font le plus d'honneur. Le tout est d'agir en temps opportun. Mais l'intervention est souvent trop tardive, la médication abandonnée trop tôt, et le malade garde des difformités. Le pis alors qu'il

puisse lui arriver c'est que les ostéophytes envahissent quelque épiphyse et causent une gêne fonctionnelle dans l'articulation voisine : par exemple une limitation dans les mouvements d'extention du coude comme cela existe chez la petite malade du service de M. Legroux, un genu-valgum ou encore que le processus inflammatoire aboutisse à l'ostéo-périostite suppurative suivie de nécrose. Le malade entre alors dans une longue période de suppuration locale entretenue par la mortification osseuse laissant des cicatrices déprimées et irrégulières.

Somme toute, eu égard à la lenteur de son évolution aux douleurs qui précèdent et accompagnent la production des hyperostoses, aux difformités permanentes qu'il cause souvent, aux suppurations survenant au niveau des os malades, le pseudo-rachitisme constitue un état plus grave que le rachitisme vrai. Il faut néanmoins reconnaître que jamais il ne produit d'aussi disgracieuses torsions dans le membre d'aussi profondes modifications dans le squelette du bassin que le rachitisme classique, tout en n'en marquant pas moins, lui aussi, l'organisme d'une empreinte indélébile.

TRAITEMENT.

Avant tout, c'est la médication spécifique qu'il faut appliquer. Il ressort clairement de certaines de nos observations, et il est d'accord général que les toniques si largement donnés que possible, sont impuissants en pareil cas. Non pas sans doute que le sirop de fer, le vin de quinquina, une nourriture généreuse, l'hydrothérapie, la mer, nuisent ; mais leur action est insuffisante.

Le sirop de Gibert, voilà le grand remède. Les douleurs ostéocopes sont à la merci du médecin. Les déformations peuvent être considérablement réduites par l'usage rationnel des médicaments spécifiques. Il est même permis d'espérer leur disparition complète à certain moment.

Dans les cas invétérés, datant de longtemps, alors que le traitement n'intervient que tard, alors que l'hypérostose est transformée en tissu compact, que l'os est éburné que faire ?

La lésion est irremédiable, permanente. Si le traitement peut jouer un rôle, c'est pour prévenir alors la suppuration, la formation de ces gommes ulcéreuses qui siègent dans la substance néoformée de l'os et atteignent et détruisent secondairement les téguments.

OBSERVATION I (*personnelle*)

Hôpital de Berck.

J..., âgé de 18 ans, assez intelligent, insuffisamment développé pour son âge; d'aspect chétif. A première vue on constate que la crête iliaque est plus élevée à gauche qu'à droite. L'épaule gauche au contraire est abaissée, de sorte que la moitié gauche du tronc est plus courte que la moitié droite.

En arrière, légère scoliose avec atrophie des muscles du tronc du côté gauche. Atrophie légère de la fesse gauche, de la cuisse gauche et de la moitié correspondante du cou. Au compas d'épaisseur on trouve 10 cent. de diamètre pour la cuisse gauche et 12 cent. pour la cuisse droite.

Peau. — A la joue droite, sur la partie moyenne de la cuisse correspondante, on trouve une série de taches irrégulièrement elliptiques peu apparentes, non déprimées et très-légèrement gaufrées. A gauche il n'y a qu'une seule tache près du pli interfessier. Une tache cicatricielle lenticulaire au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Rien au dos. En avant sur la cuisse gauche une cicatrice analogue. A la jambe il y a des plaies que nous décrirons plus tard.

Crâne. — Normal. La suture fronto-pariétale est un peu déprimée. — L'occiput est saillant. Pas de bosses crâniennes.

La *colonne vertébrale* présente une légère déviation dont nous avons parlé.

Le *sternum* est plat avec lignes transversales au niveau des sutures saillantes.

La 7^e articulation chondro-costale gauche est saillante, de même les 7^e et 8^e articulations chondro-costales droites.

Les *clavicules* paraissent à première vue normales. Un examen plus approfondi fait constater d'abord qu'elles présentent des courbures beaucoup moins prononcées qu'à l'état normal et qu'elles tendent à se redresser, et de plus sur le 1/3 externe de la clavicule gauche se trouve une exostose à base large aplatie.

On ne constate rien d'anormal du côté de l'humérus, ni du côté des avant-bras. — Il n'y a pas de nouures.

Fémur. — Le gauche est presque rectiligne et ne présente pas de courbure normale.

Tibias. — Doublés de volume ; présentent une incurvation d'avant en arrière et de dehors en dedans. Ce qui est frappant, c'est que malgré des lésions aussi considérables, il n'y a presque pas de torsion.

Pas de genu valgum.

Pas de nouures tibio-tarsiennes.

Le processus morbide semble localisé vers le milieu du tibia. Elargissement du plan antéro-postérieur de cet os. Atrophie des mollets des deux côtés et amincissement de ces muscles. Pieds plats ; à droite il y a légère tendance au valgum. La partie antérieure de la jambe gauche et la partie antéro-supérieure de la jambe droite ont été le siège de nombreuses ulcérations. Il reste encore une ulcération sur la jambe droite présentant tout à fait les caractères d'un ulcère syphilitique.

Les ganglions de l'aîne sont engorgés et surtout ceux de

gauche. Sur les lèvres on constate plusieurs cicatrices, vestiges de fissures labiales.

Les dents ne présentent rien d'anormal.

Sur la langue on constate plusieurs sillons qui sont probablement congénitaux.

Yeux. — Ont été malades pendant deux ans. Du côté des organes génitaux on constate un certain retard de développement. Il n'y a pas de poils aux jambes. Le pénis et les testicules sont petits.

Pas d'engorgement ganglionnaire autre que celui de l'aîne.

OBSERVATION (*personnelle*)

Recueillie à l'hôpital de Berck.

D..., M., âgée de 12 ans. Normalement développée.

L'examen détaillé du squelette révèle les particularités suivantes :

Crâne et face bien conformés.

Thorax et colonne vertébrale normalement développés sans déviations ni intumescences.

Membres supérieurs sans altération appréciable.

C'est sur les os des jambes que portent toutes les lésions, lésions dont le début remonte à l'âge de 3 ans.

Tibias. — Remarquables par l'élargissement considérable qu'ils présentent dans le sens antéro-postérieur. — Sur le *droit* on constate au niveau de la tubérosité antérieure une tuméfaction, puis au-dessous un étranglement, puis une nouvelle intumescence : allongée en fuseau qui occupe les 2/3 moyens de la diaphyse. Il semble que l'os est fortement ar-

qué, convexement infléchi en avant : c'est le tibia en fourreau de sabre.

Le tibia gauche présente une augmentation de volume dans toute son étendue, mais particulièrement accentuée à l'union du 1/3 moyen avec le tiers inférieur. Il fait également saillie en avant et offre sur sa crête émoussée deux petites saillies, dures et douloureuses à la pression.

Le *péroné* droit est hyperostosé et refoulé, déjeté en dehors.

Pas de genu-valgum. Pas de déviation des pieds.

Quelques légères dépigmentations à la région fessière. Deux ou trois taches cicatricielles, à caractère négatif sur l'abdomen. Rien aux commissures labiales ni à l'anus. Les yeux sont sains, mais les parents nous affirment qu'il y a 5 ans, l'enfant a failli perdre la vue et que longtemps elle a gardé une taie sur la cornée gauche.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Dents bien formées : seulement une cupule sur l'incisive droite inférieure.

Pas traces de lésions du côté de la gorge du voile du palais. L'enfant entend bien.

OBSERVATION III (*personnelle*).

Recueillie à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Van... garçon de 10 ans.

L'examen détaillé du squelette donne les résultats suivants :

Crâne. Sans caractères particuliers non plus que les *maxillaires*.

Nez seulement un peu élargi à sa base.

Thorax légèrement évasé vers le bas.

Sternum normal dans sa forme et sa situation.

Côtes. La 6^e articulation chondro-costale gauche est manifestement gonflée.

Colonne vertébrale. Normale.

Bassin. Normal.

Clavicules. Normales.

Membres supérieurs. *Humérus* : à gauche, normal à droite, il est facile de voir et de sentir à l'extrémité postéro-inférieure de l'os, une tuméfaction dure, arrondie, à contour fuyant vers la diaphyse.

Cubitus gauche : renflement fusiforme dans son tiers moyen.

Avant-bras droit : rien à signaler.

Articulations radio-carpiennes : normales.

Membres inférieurs. *Fémurs* : normaux.

Tibias : gauche considérablement hypertrophié en tous sens. La crête a disparu. Il y a déviation en dehors et en arrière, mais sans incurvation. La déviation commence brusquement, au tiers supérieur. Vu debout, l'enfant semble atteint d'un genu-valgum qui n'est qu'apparent.

Tibia : droit. Sur cet os on constate en outre de ces hypérostoses massives, une exostose formant une saillie ovale très nettement comparable à un gros haricot.

Péronés : fort peu atteints.

Voici à titre de complément l'examen des autres organes, et d'abord au point de vue général, l'enfant n'a pas souffert dans son développement, la taille est normale.

Les dents : incisives moyennes, supérieures en tournevis.

Nez : coryza chronique.

Yeux : Blépharite ciliaire chronique, à droite la cornée présente une légère opalescence due vraisemblablement à une ancienne kératite intertitielle.

Oreilles : rien d'anormal.

Testicules : gauche : normal.

— à droite, cicatrices déprimées, gaufrées, blanchâtres à la région sacrée, rougeâtres, petites et récentes sur les 2 fesses et au creux poplite gomme ulcérée, lenticulaire, à bord taillé à pic, à fond blafard. Léger engorgement, ganglion inguinal.

Retard intellectuel : L'enfant ne sait ni lire ni écrire.

Les renseignements sur la famille et sur l'évolution des accidents chez le petit malade font défaut.

Ce jeune garçon, malgré le traitement spécifique, l'iodure de potassium a gardé des points de suppuration incurables M. Cazin a dû régulariser les fistules et les ulcérations et débarrasser l'os de quantité de parcelles nécrosés. Il y a plus de 4 ans que la suppuration persiste.

OBSERVATION IV (*personnelle*).

Wolff, Valentine-Berthe, 7 ans 1/2, entrée dans le service de M. Legroux, à l'hôpital Trousseau le 15 oct. 1888.

Cette enfant, petite pour son âge, d'intelligence médiocre, à figure peu éveillée, souffreteuse, présente à l'examen des lésions multiples du squelette.

Les jambes surtout sont profondément atteintes. A droite, l'hypertrophie du membre n'est pas très considérable, mais la régularité des formes est très altérée et par les bosselures, les épaissements échelonnés sur la crête tibiale en générale élargie et mousse, surtout vers le tiers supérieur, et par deux grandes cicatrices blanchâtres, déprimées qui vers le milieu de la jambe, accolent directement la peau à l'os sous-jacent.

Le péroné de ce côté ne présente pas de modifications appréciables.

A gauche, tout le haut de la jambe est occupé en avant par une grande tuméfaction de 25 cent. qui fait saillie au point de faire paraître le reste du membre comme étranglé. Cette tumeur fusiforme, allongée, transforme le tibia en une masse convexe courbe derrière laquelle se dissimule complètement toutes les parties molles du mollet. Vue de côté, la jambe est élargie dans le sens antéro-postérieur et décrit une convexité très accentuée en avant.

Pas de déviation dans le sens latéral. La jambe est plus volumineuse que la cuisse correspondante, le pied paraît petit ; il y a comme une encoche plus accentuée que normalement au-dessus du talon en arrière, au niveau du tendon d'Achille. Le membre gauche semble allongé relativement au membre inférieur droit. La tuméfaction n'est pas lisse à sa surface, mais rugueuse, inégale et couverte de larges ulcérations profondes qui suppurent. Pas de douleurs. La médication spécifique avait amené antérieurement la cicatrisation à peu près complète de ces ulcérations, mais elles se sont reproduites.

Péroné difficilement explorable, ne présente pas de bosselures. L'enfant marche les jambes un peu écartées. Membres supérieurs : à droite, tumeur fusiforme sur le milieu de la diaphyse du radius, épaississement visible sur l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras, surtout au niveau du cubitus qui fait saillie en dedans et en arrière.

Les surfaces articulaires sont élargies, l'olécrâne volumineux.

L'extrémité correspondante de l'humérus est aussi très nette, empâtée, épaissie dans le sens antéro-postérieur. Le coude dans son ensemble, paraît atteint d'arthrite. D'autres l'ex-

sion complète de l'avant-bras est impossible. Pas de nouures au poignet.

A gauche, seule l'extrémité inférieure de l'humérus est gonflée.

La poitrine est étriquée, mais ne présente pas de nodosités localisées.

La tête est plutôt petite ; la suture frontale est excavée, forme un sillon transversal ; les bosses pariétales sont légèrement bombées, ce qui est dans le cas facile à voir, l'enfant étant rasée pour cause de teigne.

La face est maigre, étroite, le nez écrasé, coryza chronique, léger nuage sur la cornée gauche.

On trouve quelque tache à caractères négatifs dans la région interscapulaire.

Pas de renseignements. L'enfant est orpheline.

Cette petite malade ainsi que celle qui fait l'objet de l'observation suivante a été présentée à la réunion des médecins de St-Louis et nous avons à plusieurs reprises entendu dire : comme cela ressemble à du rachitisme à première vue.

OBSERVATION V

Syphilis héréditaire tardive, M. d'Heilly. Communication à la Société médicale des hôpitaux. Séance du 14 juin 1889.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société une fillette de 14 ans présentant une série de lésions syphilitiques tertiaires, dont quelques-unes sont considérées comme presque pathognomoniques de la *syphilis héréditaire* tardive.

Les renseignements qui ont trait aux antécédents de famille sont insuffisants : la mère bien portante et n'offrant pas de traces de syphilis affirme n'avoir jamais eu d'éruption locale ou générale, de céphalée, ni de maux de gorge ; elle n'a jamais fait de fausse-couche. Quant au père, et c'est là le côté faible de l'enquête, il n'habitait pas avec la mère et celle-ci ne sait rien de ses antécédents au point de vue de la syphilis. L'enfant a un frère de 17 ans et une sœur de 9 ans, tous deux sains.

Notre petite malade serait arrivée à l'âge de 9 ans sans présenter d'autre affection qu'un peu de gourme avec les glandes qui en sont l'effet. C'est vers la neuvième année qu'ont débuté les accidents dont on trouve aujourd'hui les stigmates disséminés dans l'organisme. Ces lésions ont mis 4 années à se développer et ont cessé d'augmenter vers 13 ans. Il n'est pas possible d'obtenir de l'enfant, pourtant assez intelligente, des renseignements précis sur l'ordre d'apparition des diverses manifestations.

Il paraît certain que le premier phénomène a été un mal de gorge avec troubles fonctionnels du voile du palais et expulsion des boissons par le nez. Il s'agissait probablement alors d'un processus ulcératif qui a entraîné la disparition de la luette.

Peu après ont apparu, nous ne savons dans quel ordre, des lésions du nez, des arcades dentaires et des troubles de la vue, la charpente osseuse du nez s'est effondrée ; les arcades dentaires normalement conformées et portant des dents rangées régulièrement ; se sont hérissées de saillies osseuses qui ont changé la direction et la position des dents ; l'enfant a été en outre atteinte d'une amaurose qui a duré 2 mois sans laisser de traces.

Vers 10 ans, l'enfant a éprouvé de violentes douleurs dans

les membres, dans les jambes et dans les cuisses d'abord, aux membres supérieurs ensuite. Les douleurs revenaient surtout la nuit et l'enfant à peine au lit se mettait à pousser des cris aigus; les souffrances redoublaient à l'automne, elles s'accompagnèrent de déformations se montrant successivement dans toutes les parties qui en étaient le siège. Ces troubles ont cessé depuis un an environ.

Le traitement suivi par l'enfant a été d'une rare insignifiance ; il a été purement topique et a consisté dans l'application de pommade ou de teinture d'iode sur les parties douloureuses.

Malgré la nature manifeste des accidents, la malade n'a jamais pris d'iodure de potassium.

La malade est venue à l'hôpital pour des douleurs siégeant à la région précordiale, et qui pourraient bien être dues à de nouvelles poussées d'hypérostose sur le squelette du thorax.

Au point de vue du développement, l'enfant paraît être au-dessous de son âge ; elle est de taille petite, et, malgré ses 14 ans, les signes de la puberté font complètement défaut ; il y a chez elle un certain degré d'*infantilisme*. Le teint est pâle, la peau terne et grisâtre.

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est l'aspect des jambes qui offrent un beau spécimen de la déformation décrite par MM. Lannelongue et Fournier, sous le nom de tibia en lame de sabre. Le tibia gauche est très épaissi, sa crête est convexe en avant ; le péroné est également très volumineux, ce qui donne à la jambe la forme d'un cylindre énorme eu égard à la taille exiguë de l'enfant, et aussi épais en bas qu'en haut. A droite l'hypérostose est moins étendue ; elle siège au niveau du corps de l'os et la courbure antéro-postérieure est plus complète. Les malléoles des deux côtés sont énormes, et les

pieds absolument petits contrastent avec le volume exagéré des jambes.

Les fémurs sont aussi hypertrophiés mais bien moins que les os de la jambe, et le volume des cuisses est inférieur à celui des jambes. Les grands trochanters et les os iliaques sont volumineux. Aux membres supérieurs : hypérostose des cubitus et des humérus surtout au voisinage du coude. A la face le maxillaire inférieur, l'os malaire et l'apophyse zygomatique sont sensiblement épaissis, les dents très irrégulièrement plantées affectent les directions les plus variées, et semblent avoir poussé sans ordre. Aucune n'est le siège d'érosion ou n'offre la conformation très spéciale et si rarement observée qu'a décrite Hutchinson.

La voûte palatine est ogivale, à sillon médian, très accusé ; la luette a disparu. Le nez affecte une disposition caractéristique il présente une encoche, une concavité à sa partie moyenne, et sa base est large et épatée. Les yeux n'offrent aucune trace de kératite intertitielle, ils sont normaux et rien n'explique la perte momentanée de la vue signalée plus haut.

La seule lésion viscérale, mais elle est considérable, c'est une hypertrophie du foie dont le bord inférieur arrive au niveau de l'ombilic et qui s'est développée sans troubles fonctionnels appréciables. Il n'existe pas d'œdème et rien n'appelle l'attention sur l'existence d'une affection des reins.

Cette malade est une syphilitique cela paraît indéniable, et, suivant toute apparence, une syphilitique héréditaire. Ces lésions osseuses si multipliées sur un enfant et surtout la conformation des tibias sont presque caractéristiques de l'hérédosyphilis. Aucune de ces lésions toutefois n'est pathognomonique, et en raison de l'insuffisance de renseignements sur la santé des parents, il convient de faire quelques réserves.

Bien que nous ne trouvions pas trace d'accidents secondaires dans l'enfance de notre petite malade, il se pourrait à la rigueur que les manifestations actuelles ne fussent que la phase tertiaire d'une syphilis acquise dès l'enfance et à laquelle l'hérédité n'aurait rien à voir. M. le professeur Fournier qui a vu la malade admet l'hérédo-syphilis en faisant toutefois les mêmes réserves.

OBSERVATION VI

Cazin et Iscovesco. Mémoire sur les rapports de la syphilis et du rachitisme, p. 63.

Enfant de 7 mois, ayant eu jusqu'à l'âge de 5 mois toutes les apparences de vigueur. Le père qui a toujours joui d'une bonne santé a eu un chancre induré et des plaques muqueuses il y a 2 ans. Un médecin lui a prescrit des frictions mercurielles.

Il a communiqué la syphilis à sa femme qui présente en ce moment une belle plaque muqueuse à l'anus. Elle nous dit être malade depuis 18 mois.

L'enfant a été élevé au sein, et jusqu'à l'âge de 5 mois, époque à laquelle la mère aperçut une éruption sur les fesses sans y attacher cependant une trop grande importance.

Depuis 2 ou 3 jours, l'enfant toussait et on se décide à consulter un médecin.

A ce moment M. Iscovesco constate une bronchite généralisée double. L'enfant est assez développé pour son âge et il n'a pas l'air trop malade. La peau des fesses et la partie postérieure des cuisses ainsi que les avant-bras, sont le siège d'une syphilis pustulo-papuleuse.

L'enfant déshabillé complètement et couché sur le lit, fait à première vue l'impression d'un rachitique, à cause des déformations osseuses des jambes. Voici ce que donne l'examen détaillé du squelette. Le *crâne* est absolument normal. Le *nez* est épaté et fortement aplati.

Rien au maxillaire inférieur. Rien à la colonne vertébrale.

Le *thorax* est normal, il ne présente pas l'évasement inférieur qu'on trouve dans l'immense majorité des cas de rachitisme. Il n'y a pas de vrai chapelet rachitique mais, de temps en temps, et disposés d'une façon non symétrique, des saillies chondro-costales, tantôt à droite, tantôt à gauche sur la troisième côte, ici, la cinquième là et ainsi de suite.

Du côté des membres : les clavicules sont normales, les humérus sans être tordus ou incurvés, présentent sur la partie inférieure de leur face postérieure un ostéophyte plus volumineux à droite qu'à gauche. Les avant-bras n'offrent pas de déviations. Il n'y a pas de nouures des poignets. Les fémurs sont droits, sans incurvation.

Le tibia gauche présente sur sa face interne une saillie étalée, aplatie et très marquée cependant. Le tibia droit offre à l'union de son quart supérieur avec ses trois quarts inférieurs une incurvation brusque. Ces deux parties font un angle très prononcé à sinus interne.

Il n'y a pas eu là de fracture, on ne trouve pas de cal.

Sur la partie interne de ces os on perçoit une saillie ostéophytique allongée et plate.

L'enfant n'a encore aucune dent. Il n'a rien d'anormal aux yeux. Il paraît entendre bien et n'a pas d'otorrhée. Rien à la langue, rien au voile du palais. A l'anus une petite plaque muqueuse.

Cette observation est accompagnée des lignes suivantes :

« Ce fait nous paraît absolument démonstratif pour le pseudo-rachitis syphilitique. C'est là, certes, un rachitisme qui ne résiste pas à un examen quelque peu sérieux. Aucune symétrie des lésions ostéophytiques, lesquelles aident considérablement à la formation des déviations beaucoup plus grandes en apparence qu'en réalité, absence de nouures, hyperostoses évidentes et nombreuses ; voilà des signes suffisants pour empêcher de trouver du rachitisme là où il n'y en pas. »

OBSERVATION VII

Hypertrophie des extrémités des os longs probablement syphilitiques, rapide amélioration par le traitement à l'iodure de potassium. — Cheadle. British journal medical, 7 février 1880.

Edouard H..., âgé de 3 ans et 11 mois, est admis le 10 juin 1879. Depuis 4 mois, l'enfant a commencé à fléchir sur les jambes et l'affaiblissement est allé graduellement croissant, à tel point que lors de son admission, il ne pouvait pas se tenir debout. Depuis 2 mois, il souffrait dans les genoux. Il suait beaucoup de la tête et maigrissait.

Né à terme, il a marché à 9 mois et fut sevré à 14. Depuis lors il a partagé la vie commune avec ses parents.

Sa mère a eu cinq enfants morts-nés et quatre bien portants, en plus un avortement de jumeaux. Il n'est pas question d'éruptions syphilitiques pouvant ratifier les présomptions fournies par les avortements.

L'enfant est pâle, mais tout à fait bien en chair, les glandes du cou sont gonflées, il existe un chapelet costal, mais la poitrine n'est pas resserrée ; ventre normal. La région splénique est sensible, la rate à peine appréciable.

Les extrémités des radius sont hypertrophiées, les extrémités des tibias encore plus, et tout à fait en dehors des proportions de l'hypertrophie des autres os : les tibias sont sensibles et l'enfant ne peut pas se tenir debout à cause de la douleur et de la faiblesse des genoux. Il est silencieux, morose, peu enclin à se mouvoir et à parler.

Depuis le jour de son admission : 10 juin jusqu'au 12 juillet le petit patient fut traité simplement par l'huile de foie de morue, le vin ferrugineux et une nourriture généreuse. Contrairement à ce qui se passe chez maints autres enfants, nulle amélioration ne survint. Les genoux restaient douloureux comme devant, et la station debout était devenue impossible. On change le traitement. On donne trois grains d'iodure de potassium dans deux drachmes de vin ferrugineux trois fois par jour. En un espace de dix jours, le changement en mieux était très frappant. L'enfant pouvait alors, non seulement se tenir debout, mais marcher sans souffrances ; gauchement et imparfaitement sans doute par suite de la longue inertie des muscles. Bien plus, lui morose, silencieux, ne jouant jamais, devint un des boute-en-train de la salle. Depuis ce temps l'amélioration continue assez rapidement sans douleur, toute sensibilité des jointures a à peu près disparu, mais les extrémités des os restent décidément et curieusement hypertrophiées. Le 17 août un mois après le début du traitement iodé, le petit malade est dirigé sur l'hôpital des convalescents d'Hyghgate.

Remarques de l'auteur.

Ce n'est pas là un cas ordinaire de rachitisme, les caractères des modifications osseuses sont particuliers; telle l'hypertrophie excessive des extrémités tibiales, hors de proportions avec celle des radius et des côtes, particulier aussi celui du gonflement : non seulement il est remarquable par la douleur et la sensibilité des genoux, mais il englobe manifestement aussi bien les extrémités diaphysaires que les épiphyses, et la tuméfaction est plus allongée, plus graduelle que dans le cas de rachitisme ordinaire.

Que cette affection soit due à la syphilis, ce n'est pas absolument prouvé mais l'histoire des fausses couches plaide fortement en faveur de cette opinion, opinion que la rapide amélioration par l'administration de l'iod. de potass. après un long *statu quo* vient encore confirmer; néanmoins il n'y a pas évidence absolue.

Ce cas diffère aussi de ces cas de syphilis osseuse rapportés par Meisner, Parrot, Taylor etc., et qui tous se montrent je crois, comme des affections précoces, congénitales de l'enfance.

Deux cas qui se sont présentés à mon observation antérieurement et qui ont guéri sans traitement mercuriel existaient chez des enfants âgés de 4 ans environ.

OBSERVATION VIII

Sur plusieurs cas de syphilis héréditaire sur des enfants de la même famille (résumée).

(*Mémoire de Soc. chir.*, 1882. Ortéga-Ledentu).

5 enfants de 12, 8, 6, 4 ans et 18 mois.

Dernier né. Dès la naissance nodosités, tubercules cutanés,

cuivrés, recouverts de pellicules. A deux mois et demi, aspect vieillot, croûtes dans le nez, roséoles, taches bleuâtres, cuivrées aux pieds et aux jambes, plaques muqueuses à l'anus. Fissures commissurales, érythème fessier, etc. Liqueur de Van Swieten, 0,50-c. à 3 grammes pendant 3 mois, guérison au bout de 6 mois.

2° Garçon de 4 ans, indemne de tout accident spécifique.

3° Garçon de 8 ans. A 3 ans coryza chronique et élimination des séquestres, nez aplati et déjeté, dentelures très marquées sur les dents, pas d'autres lésions.

4° Fille de 6 ans. A 3 ans et demi, gonflement douloureux des tibias, occupant la moitié de la longueur de la diaphyse à la face interne et à la crête. Rapidement les douleurs qui avaient commencé sourdement un mois plus tôt augmentèrent en même temps que la convexité des tibias s'exagérait.

Dents d'Hutchinson.

Toniques pendant 6 mois sans résultat, puis 0,50 centigr. d'iodure de potassium, 1 gramme, 1 gr. 1/2. Après deux mois il ne restait qu'un léger gonflement qui finit par disparaître tout à fait.

5° Pendant le traitement de cette fillette, le frère de 12 ans, jusqu'alors sain, ayant pourtant des dents à encoches, présente : kératite interstitielle double ; cécité complète au bout de 6 à 7 semaines. En même temps, douleurs aux deux genoux avec épanchement articulaire et tuméfaction des extrémités osseuses de ces régions, ainsi que des poignets.

Compresses chaudes, mouches de Milan aux tempes, sulfate d'atropine, etc., sans succès. Iodure de potass., 1 gr., 2 gr. par jour, guérison complète des yeux, sauf un léger nuage qui s'est dissipé totalement dans la suite. Les hydartroses avaient cédé après 2 mois d'iodure et de compression.

A signaler encore 2 fausses couches de 3 et 4 mois antérieures aux autres grossesses, sont du même lit. Une fille morte à 6 mois de bronchite.

Origine de la syphilis inconnue.

Cette observation, due au docteur Ortega, fut l'objet d'un rapport de M. Ledentu qui, malgré de fortes présomptions, fait des réserves sur la spécificité. Malgré l'influence du traitement bien significative, malgré les caractères si spéciaux des divers accidents, la cause initiale échappant, les réserves doivent être formelles.

En particulier, les gonflements douloureux dans les diaphyses des tibias pourraient être attribués au rachitisme, les autres accidents, tels que coryza chronique, déformation du nez, pourraient relever de la scrofule.

M. Desprès, qui intervient dans la discussion, déclare aussi que les nodosités des tibias étaient probablement du rachitisme.

Depuis lors, on a vraiment rendu grand service en décrivant avec soin les caractères distinctifs des lésions osseuses de la syphilis. Les seuls détails relatifs à la petite fille de 6 ans, au garçon de 12 ans, nous semblent pathognomoniques et les considérations qui précèdent dénotent vraiment trop de défiance à l'égard de la syphilis.

OBSERVATION IX

Syphilis héréditaire infantile avec rachitisme généralisé.

(Profess. Lannelongue : *Bull. Soc. chir.*, 1883, p. 140).

Un garçon âgé de 2 ans $\frac{1}{2}$, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 19, le 17 janvier, y succombe le 2 février. Son père, âgé de 26 ans, n'a jamais eu de maladies vénériennes ; il se porte bien, quoique pâle et d'aspect chétif. La mère est âgée de 23 ans ; elle est syphilitique depuis l'âge de 6 ans. Voici ce qu'elle raconte, après avoir hésité à nous le dire, et son mari, du même village d'Alsace qu'elle, est au courant de ce qui est arrivé. La famille, composée de son père, de sa mère, d'un frère et d'une sœur, n'avait jamais présenté de phénomènes syphilitiques : un oncle, ancien soldat, vint alors habiter parmi eux et y apporter la syphilis. Le garçon, qui partageait son lit, présenta le premier des symptômes (plaques anales), puis l'oncle abusa tour à tour de ses deux nièces ; sa belle-sœur elle-même contracta la maladie et la communiqua à son mari.

La femme qui nous occupe a eu des taches sur le corps et des plaques muqueuses. Elle ne paraît pas avoir été sérieusement traitée alors.

Sa sœur a perdu tous ses enfants (mort-nés, fausses couches).

Son père est vivant.

Pas de renseignement sur son frère.

Dans sa jeunesse elle eut des maux de gorge qui n'ont jamais cessé complètement depuis. Elle a perdu des dents étant jeune et eut des douleurs dans les membres.

Elle a aussi perdu ses cheveux.

Cette femme s'est mariée et a eu deux enfants.

Elle n'a pas fait de fausse couche.

Son premier enfant est celui qui nous occupe.

Le deuxième est mort à huit mois ; le premier aurait eu, au dire de la mère, après sa naissance, des boutons sur le corps ; pas de vice de conformation.

Après la naissance de cet enfant, la mère fut soignée à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Félizet. Elle eut alors, quelques jours après l'accouchement, des écorchures aux grandes lèvres (probablement des plaques ulcérées) et une vaste plaque à l'anus. On lui fit prendre des pilules de proto-iodure de mercure et des bains, puis de l'iodure de potassium. La médication fit bientôt disparaître ses lésions. Elle sortit de l'hôpital et ne continua pas son traitement. Son enfant, âgé de 2 ans 1/2, aujourd'hui est maigre et d'apparence chétive ; il est manifestement moins développé que les enfants de son âge. Quelques jours après sa naissance il eut des boutons sur le corps ; quelques-uns avec de la suppuration et des croûtes ; mais la mère l'envoya à la campagne et le perdit de vue pendant quatre mois. A cette époque, elle alla le visiter et le trouva affecté d'un coryza qui a toujours persisté depuis. Les boutons avaient disparu, mais de temps en temps il lui revenait aux fesses et près de l'anus. Enfin, à l'âge de huit mois, il eut une ophthalmie chronique. La mère le reprit à 14 mois. A ce moment l'enfant ne marchait pas, il remuait bien ses membres supérieurs, mais les inférieurs ne pouvaient supporter le poids du corps et depuis il n'a pas encore marché. A 16 mois, il apparut une grosseur à la jambe droite qui a persisté. L'évolution dentaire a été très retardée et les dents présentent des altérations que l'on retrouve chez les syphilitiques. Son état actuel

est le suivant : sur le corps on découvre des cicatrices des deux sortes : les unes parfaitement blanches, circulaires, lenticulaires, se rencontrent sur le tronc, les fesses, l'abdomen, la racine des cuisses ; les autres plus superficielles, moins visibles, ressemblant à des rides, se trouvent particulièrement aux fesses.

Il existe un coryza muco-purulent abondant ; les os des fosses nasales ne paraissent cependant pas altérés ; sur chaque cornée, on voit des traces diffuses peu apparentes. Dans la bouche, la langue présente à sa partie moyenne une surface rouge, lisse, comme une pièce de 1 franc irrégulière de contour, légèrement déprimée, cernée par un petit liseré saillant. Cette surface tranche sur la coloration d'un blanc rosé du recto de l'organe.

Les désordres du squelette sont tous deux frappants. Les extrémités articulaires des os longs sont gonflées et déformées ; les diaphyses sont un peu plus incurvées près des épiphyses, et, de plus, sur un certain nombre d'entre elles, on rencontre des nouures importantes. Ces nouures en fuseau et de forme olivaire sont placées sur la continuité des diaphyses ; le tibia, les deux humérus, le fémur gauche en présentent chacun une et quand on explore la résistance de l'os à leur niveau, on y développe une mobilité anormale sans crépitation. On trouve aussi un gonflement douloureux à la pression sur le cubitus droit à sa partie supérieure et un sur le cubitus gauche à sa partie inférieure. Les côtes sont gonflées à leur extrémités chondroncostales. Les clavicules sont également prises.

L'examen de la tête révèle une asymétrie crânienne très évidente. La bosse frontale droite est très saillante et près du bregma on sent de petites nodosités périostées. Les bosses occipitales sont symétriques, très développées et séparées par un sillon profond, irrégulier à sa surface.

Tel est le résumé de l'examen extérieur de l'enfant. On le reçoit dans le service après ce premier examen. Le lendemain de son entrée il meurt avec des signes d'hépatisation pulmonaire.

Autopsie. — On peut dire d'une manière générale que tous les os du squelette sont frappés de rachitis et je ne m'arrêterai pas à décrire les lésions si caractéristiques de cet état ; je me bornerai à quelques remarques à l'égard des gonflements diaphysaires ou de ces nouures dont j'ai parlé. Quand on fait la coupe longitudinale des os longs au niveau de ces renflements, on est frappé par l'apparence suivante : sous le périoste qui est gonflé existe un tissu osseux spongoïde dont la direction des lames osseuses est perpendiculaire à la surface de l'os ancien, de telle sorte que la coupe précédente offre un aspect fibreux. Le tissu spongoïde est épaissi pour former le renflement et il s'unit au tissu osseux ancien de la diaphyse. Le tissu compact de celle-ci est très aminci et il présente, de plus, tantôt une fissure transversale incomplète, tantôt une fissure plus oblique. Quoiqu'il en soit, il y a en ce point une fraction incomplète de l'os et à ce niveau il s'est formé un cal constitué par du tissu spongoïde abondant. Quant au tissu spongoïde du renflement, il se continue en s'amincissant sous le périoste jusqu'aux épiphyses où il existe encore. Au niveau de ces éminences on trouve à la coupe les diverses altérations de rachitisme. En outre, les viscères, le poumon, le foie, la rate présentent les lésions caractéristiques de la syphilis.

L'auteur ajoute : « Je ne dirai qu'un mot à l'égard des rapports entre la syphilis et le rachitisme. Une première observation de M. Parrot (1874) signale ces rapports ; depuis, les recherches faites par lui sont si éclatantes et si nombreuses que la question est entrée dans une phase nouvelle et c'est à

l'appui de cette nouvelle doctrine que j'ai tenu à fournir ce fait.

N'y a-t-il pas là du rachitisme vrai et de la syphilis ?

CONCLUSIONS

1° La syphilis donne parfois lieu à un ensemble de lésions du système osseux qui en imposent pour le rachitisme.

2° Cet ensemble de lésions constitue une forme clinique qu'il convient de désigner sous le nom de pseudo-rachitis syphilitique.

3° Contrairement aux opinions courantes la syphilis osseuse produit parfois de véritables déviations.

4° Le pseudo-rachitis a des signes absolument particuliers.

5° L'ensemble des ces signes est pathognomonique de la syphilis.

6° Le pseudo-rachitisme est en somme plus grave que le rachitisme vrai en raison de sa durée et de la suppuration possible.

7° Il est justifiable du traitement spécifique qui, comme dans tous les cas de syphilis invétérée ne donne pas toujours des résultats curatifs parfaits.

Vu par le président de la thèse,

FOURNIEL.

Vu par le doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAZIN. — Traité de la Scrofule.
- BERNE. — Thèse de Paris 1884.
- CHABAUD. — Syphilis du maxillaire inférieur, thèse de Paris 1885.
- CAZIN et ISCOVESCO. — Des rapports du rachitisme avec la syphilis. Mémoire 1886. — Arch. de médecine 1887.
- CAZIN. — Communication à la Société de chirurgie, 1883, p. 306.
- CHEADLE. — British Journal medical, 7 février 1880.
- E. DUPRÉ. — Société anatomique, mars 1888.
- D'ESFINE et PICOT. — 4^e édition 1889.
- A. FOURNIER. — Union médicale 1865. — Syphilis héréditaire tardive. 1886. — Annales de dermatologie et syph., 15 juin 1889.
- FONSSAGRIVES. — Hygiène de l'enfance, p. 913-20.
- FURTH. — Die pathologie und Therapie der Syphilis hereditarem. Vien 1879. — Revue des maladies de l'enfance, 1889.
- D'HEILLY. — Bul. Soc. méd. des hôp., 14 juin 1889.
- HUTCHINSON. — Soc. méd. de Londres. 1882.
- KATSOWITZ. — Wiener med. blätter. 1881.
- LASCHEWITZ. — Arch. für Dermatologie. 1878.
- LANNELONGUE. — Bull. de Soc. chirurgie. 1881-1883 article : Rachitisme in diet. Jaccoud.
- MAURIAC. — Leçons professées à l'hôpital du Midi. 1883.

- ORTÉGA et LEDENTU. — Mém. Soc. chir. 1882.
PARROT. — La Syphilis héréditaire et le rachitisme, 1886.
PETTIZARI et TAFANI. — Arch. de tocologie, 1881.
PRUCHE. — Du tibia syphilitique, th. Paris 1889.
RECLUS. — Leçons cliniques, t. 1, 1884, p. 34.
H. ROGER. — Union méd. 1865.
ROUSSEL. — Th. Paris, 1881.
TAYLOR. — Bone syphilis in Children. New-York, 1879.
TROUSSEAU. — Clinique, t. III.
Eug. VINCENT. — Rachitisme des adolescents. Encyclopédie
internat. de chirurgie, t. V, p. 341.

